

千葉県共用がん地域医療連携パス(肺がん用) (診療計画表)  
肺がん外科

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者様氏名 (ID )	様	生年月日・性別	M T S H ____年__月__日 ( ____歳) 男・女
----------------	---	---------	-------------------------------------

入院中 (入院日: ____年__月__日)	
計画策定病院	初回治療 <input type="checkbox"/> 手術( ) <input type="checkbox"/> 導入療法( ) <input type="checkbox"/> 術後補助療法:( ) <input type="checkbox"/> 術後追加治療( )
	退院後の目標

退院後 (退院日: ____年__月__日)													
経過	～1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	8ヶ月	10ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	
受診		○	●	○	○	●	○	○	●	○	●	○	
診察・問診	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	●	○	
計測	血圧・体温	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	
	レントゲン	●		●			●		●		●		
検査	腫瘍マーカー	●		●			●		●		●		
	胸部CT			●			●		●		●		
	脳MRI												
	骨・PETスキャン												
	内視鏡、その他												
	理学所見、その他		○		○	○		○	○		○		○
経過	24ヶ月	30ヶ月	36ヶ月	42ヶ月	48ヶ月	54ヶ月	60ヶ月						
受診	●	○	●	○	●	○	●						
診察・問診	●	○	●	○	●	○	●						
計測	血圧・体温	●	○	●	○	●	○	●					
	レントゲン	●		●		●		●					
検査	腫瘍マーカー	●		●		●		●					
	胸部CT	●		●		●		●					
	脳MRI	●		●		●		●					
	骨・PETスキャン												
	内視鏡、その他												
	理学所見、その他		○		○	○		○					

●は、計画策定病院へ受診して検査をします。  
○は、連携医療機関へ受診して検査をします。  
未検の場合には X と付記してください

(記載上の留意事項)

\*○は、実施する検査の目安です。計画策定病院と連携医療機関で相談して、計画策定病院でおこなう場合は●、連携医療機関でおこなう場合は○にしてください。  
\*必要な場合は、○または●を追加してください。  
\*脳MRI、骨スキャン、PET、内視鏡、その他の検査は必要に応じて計画策定病院(専門医)で実施します。

私は、肺がんの診療計画について説明を受けました。  
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 お名前 \_\_\_\_\_ (本人・家族)